

## آگاهی پزشکان عمومی درباره خصوصیات و شرایط تغذیه با شیر مادر

مریم نخشب (MD)<sup>۱</sup>، جواد غفاری (MD)<sup>\*</sup><sup>۱</sup>، محمدمهری ناصحی (MD)<sup>۱</sup>، جمشید یزدانی چراتی (PhD)<sup>۲</sup>، علی شاکری (MD)<sup>۳</sup>، زینب نظری (MD)<sup>۴</sup>

- ۱- گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- ۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- ۳- دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- ۴- گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۹۲/۹/۱۷، اصلاح: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

### خلاصه

**سابقه و هدف:** شیرمادر بهترین ماده غذایی برای رشد و تکامل نوزادان و شیرخواران می‌باشد. آگاهی بالاتر پزشکان عمومی عنوان سطح اول درمانی و تعداد بیشتر آنها در زمینه شیر مادر بسیار مهم می‌باشد. هدف از این مطالعه ارزیابی دانش و آگاهی پزشکان عمومی در مورد تغذیه با شیر مادر می‌باشد.

**مواد و روشها:** این مطالعه مقطعی درباره شیرمادر از پزشکان عمومی در شهرستان ساری در شمال ایران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. سوالات مختلف مربوط به شیرمادر در مورد فواید - زمان شروع - مدت شیردهی - نگهداری (شامل ۳۰ سوال) در پرسشنامه ای تدوین و در اختیار پزشکان عمومی قرار داده شده اند.

**یافته ها:** پزشک پرسشنامه را تکمیل کردند. ۱۴۰ نفر مونت (۴۶٪) و تعداد ۱۸۸ نفر اشتغال در مراکز شهری داشتند (۶۳٪). نوع فعالیت (مراکز دولتی و یا خصوصی) در نتایج پاسخ به سوالات تفاوت معنی داری نداشته است. پزشکان شاغل شهری نسبت به آنها که در مراکز روزتایی اشتغال داشتند از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند. سطح علمی افراد در اکثر موارد بالاتر از ۵۰٪ بوده است (۹۶٪) و در بیش از نیمی از موارد بالاتر از ۷۰٪ می‌باشد. سابقه کاری افراد در میزان آگاهی آنها تاثیر معنی داری نداشته است.

**نتیجه گیری:** سطح آگاهی پزشکان عمومی در اکثر موارد در سطح بالایی قرار دارد اما در برگزاری همایش و کنفرانس نیز جهت بالا بردن سطح آگاهی پزشکان ضروری می‌باشد.

**واژه های کلیدی:** پزشکان عمومی، آگاهی، شیرمادر.

### مقدمه

بهبود مسائل اقتصادی و فرهنگ سازی مناسب می‌تواند جهت افزایش مصرف شیردهی مادران و در نتیجه افزایش سلامت فیزیکی و روحی و روانی کودکان تائیه گذار باشد (۶). در ایران در حال حاضر شیردهی انحصاری با شیرمادر تا ۴ ماهگی ۰.۵٪ و تا ۶ ماهگی تا ۷۳٪ می‌باشد (۷). در یک بررسی در عراق در ۳ ماه اول زندگی تغذیه با شیر مادر در ۷۶٪ و در ۴ تا ۱۲ ماهگی ۶۸-۶۳٪ درصد و در انتهای ۲ سالگی در ۵۰٪ درصد دیده شده است (۸). مطالعات اندکی در زمینه آگاهی پزشکان عمومی در باره تغذیه شیر مادر در دنیا وجود دارد. در یک مطالعه در عراق نشان داد که پزشکان عمومی پاسخ متفاوتی از ۱۴ تا ۹۲ درصد به سوالاتی راجع به تغذیه با شیر مادر داشته اند (۶). در یک مطالعه دیگر نشان داده شده است که ۲۶ درصد از پزشکان عمومی اعتقادی به تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی نداشته اند (۹). هدف از این مطالعه ارزیابی دانش و آگاهی پزشکان عمومی در مورد خصوصیات و ویژگیهای تغذیه با شیر مادر می‌باشد.

شیرمادر بهترین ماده غذایی (بخصوص تغذیه انحصاری) با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی) برای رشد و تکامل نوزادان و شیرخواران می‌باشد. بعلاوه شیر مادر اثرات مثبت روحی و روانی برای مادر و کودک دارد (۱۰). آکادمی اطفال آمریکا (AAP) و انجمن زنان آمریکا (ACOG) قویاً تغذیه با شیر مادر را برای سلامت و رشد و تکامل مناسب کودکان توصیه کرده اند (۱۱-۱۲). کودکانی که از شیر خشک تغذیه می‌کنند چند برابر (۳-۵ برابر) نسبت به آنها که از شیر مادر استفاده می‌کنند دچار مرگ و میر می‌شوند (۱۳). علی رغم آگاهی از فواید شیرمادر، میزان مصرف آن در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد که به علل مختلفی شامل دانش نامناسب پرسنل بهداشتی از جمله پزشکان عمومی، فرهنگ غلط و مسائل اقتصادی می‌باشدند (۶). پزشکان عمومی از جمله پرسنل بهداشتی هستند که مراقبت اولیه (سطح یک) را بر عهده داشته که دانش و آگاهی مناسب آنها در زمینه شیردهی مادران کمک شایانی می‌کند. تشویق مادران، آموزش روش صحیح شیردهی، افزایش دانش گروه پرسنل بهداشتی،

□ این مقاله حاصل پایان نامه علی شاکری دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد.

\* مسئول مقاله: دکتر جواد غفاری

آدرس: ساری، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی، تلفن: ۰۱۵۱-۲۲۳۴۵۰۶

سوال پاسخ صحیح داده باشند ۵۰ درصد و اگر به حداقل ۲۲ سوال پاسخ داده باشند ۷۰ درصد پاسخ صحیح در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع آوری شده در SPSS-13 ثبت و با استفاده از تست های آماری T-Test چهت میزان پاسخ دهی صحیح یا غلط به سوالات و  $X^2$  چهت مقایسه گروه ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و  $p < 0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

تمام ۳۰۰ پزشک در طرح پرسشنامه را تکمیل کردند. ۱۴۰ نفر مونث (۴۶٪) و تعداد ۱۸۸ نفر اشتغال در مراکز شهری داشتند (۵۶٪). تعداد ۱۰۸ نفر در مراکز دولتی (۳۶٪) و مدت زمان اشتغال به کار در ۱۴۷ نفر (۴۹٪) بین ۶ تا ۱۵ سال بوده است (جدول ۱). در بررسی پاسخ درست به سوالات نشان داد که بیشترین پاسخ صحیح به سوال ارتباط روحی و روانی مادر با شیردهی که در درصد ۹۶ دید. اما کمترین پاسخ صحیح مربوط به سوالات شستن دستهای مادر قبل از هر شیردهی و ادامه شیردهی در هنگام ترک پستان که به ترتیب برابر ۳۳ و ۲۳ درصد بوده است (جدول ۲).

### مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی از آگاهی پزشکان عمومی شاغل در مراکز شهری و روستایی و همچنین در مراکز خصوصی و دولتی درباره خصوصیات و ویژگیهای تعذیه با شیر مادر در شهرستان ساری در استان مازندران در شمال ایران در سال ۱۳۹۱ بررسی شد. سوالات مختلف مربوط به شیرمادر (۳۰ سوال) در پرسشنامه ای تدوین و در اختیار پزشکان عمومی قرار داده شد (جدول ۲). مبنای سوالات بر اساس مقالات و نظر فوق تخصص های نوزادان مرکز بوعی سینا تدوین شد (۱۰). پرسشنامه حاوی سوالاتی درباره دوران بارداری و شیردهی بود. روایی و اعتبار پرسشنامه در یک مطالعه پایلوت سنجیده شد. روایی و پایایی پرسشنامه در ۳۰ نفر از پزشکان عمومی حود ۸۷ درصد بوده است. پاسخ صحیح سوالات بر مبنای توصیه انجمن پزشکان خانواده آمریکا و کمیته ترویج با شیرمادر در ایران تعیین شد. بر اساس تعداد پزشکان و مطالعات قبلی در برآورد آماری و داشتگاهی، کلی راجع به سوالات پرسشنامه که پنجاه درصد بوده است، تعداد ۳۰۰ نفر بطور راندوم و در صورت موافقت در مطالعه شرکت داده شدند. پرسشنامه توسط دانشجوی پزشکی در بیمارستان، مطب یا مراکز بهداشتی و درمانی به پزشکان عمومی داده شده و بعد از یکساعت جمع آوری گردید. افرادی که به حداقل ۱۵

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ به سوالات توسط پزشک عمومی

سوال	ارتباط بین وضعیت روحی روانی مادر با شیر مادر	برای تقدیه نوزاد نارس	وضعیت تعذیه ای مادر بر محتواهی مواد غذایی موجود در شیر	مواد ایمنی بخش موجود در شیر مادر	فواصل تعذیه نوزاد با شیر مادر	بهترین زمان شروع شیر
ارتباط اندازه پستان و شیرمادر						
آیا شیردهی برای مادر سالم عارضه دارد؟						
آیا مادر معتقد باید به نوزاد شیر بدهد؟						
آیا HIV می تواند به نوزاد شیر بدهد؟						
نوزاد مادر مبتلا به هپاتیت B که واکسن و ایمنوگلوبولین Ig دریافت کرد						
صرف پستانک						
آیا شیردهی غریزی است و احتیاج به آموزش خاصی نیست؟						
توانایی شیردهی در مادران زمینه ارثی دارد						
در نوزادی که دچار زردی شیرمادر دیررس میشود						
در زردی شیرمادر زوررس						
شیرمادر برای اکثر نوزادان کفاف تعذیه را می کند						
برای شیرخواری شیرمادرخواری که وزن گیری مناسبی ندارد						
امکان نگهداری شیردوشیده شده مادر در دمای اتاق						
امکان نگهداری شیردوشیده شده مادر در یخچال						
گر شیرخواری به اسهال مبتلا شد						
در مادری که حجم شیر او کم شده است Relactation						
درمان ترک نوک پستان						
قبل از هر بار شیردهی مادر شستشوی پستان						
تعذیه با شیر خشک در نوزاد شیرمادرخوار خواری که بی قرار است و گریه میکند. بهتر است به او کمی شیر خشک داده شود						
بهترین نشانه کم بودن حجم شیرمادر						
در صورت کفایت حجم شیرمادر، نوزاد چند بار در روز باید کهنه را کاملاً خیس نماید؟						
شروع تعذیه تکمیلی برای کودک شیر مادر خوار						
شیردهی شبانه در افزایش شیرمادر						
تعذیه نوزاد با شیر مادر در جلوگیری از بارداری						

آموزش اولیه دوران تحصیل بسیار اهمیت دارد. در عین حال بازآموزی مطالب با تأکید بیشتری مورد نیاز میباشد. شیردهی در کشورهای در حال توسعه و عقب مانده در موارد ابتلا مادر به اعتقاد و HIV اشکال ندارد، در این مطالعه نیز پزشکان پاسخ دهنده به سوالات فوق با درصد اشتباه بالاتری نسبت به بقیه سوالات پاسخ دادند و به نظر می رسد آگاهی پزشکان در این زمینه کم بوده و نیاز به بازآموزی بیشتر در این زمینه می باشد. شاید یکی از دلایل آن تفاوت مطالب در پرتوکل های بین المللی و کشوری می باشد که نیازمند دقت بیشتر پزشکان در این زمینه می باشد. اگر چه تغذیه مادر بر روی شیردهی او تاثیر زیادی ندارد اما اکثر پزشکان (۷۵٪) به این پرسش پاسخ اشتباه داده اند. در حالی که در مطالعه AI Zwaini و همکاران در عراق ۷۸٪ پاسخ درست دادند (۶).

در مطالعه ما اکثر پزشکان (۸۸٪) به ادامه شیردهی در زمان اسهال کودک پاسخ درست داده اند که در مطالعه AI Zwaini ۹۸٪ صحیح بوده است (۶). وقتی مادر شیرده باردار می شود نیاز به قطع شیردهی ندارد اگر چه مقدار شیر کم می شود ولی کیفیت آن فرق ندارد و در چند ماه اول بارداری ضرری متوجه جنین نمی شود (۱۱) و در مطالعه ای دیگر در عراق ۱۱٪ به ادامه شیردهی در بارداری پاسخ درست داده اند و در سودان ۸۹٪ مادران پاسخ دادند که بارداری مانع شیردهی می باشد (۶).

استرس و هیجان با ترس از شیردهی مناسب و ناکافی بودن شیر از دلایل عدمه در عدم موفقیت شیردهی مادران است. مشابه مطالعه Al Zwaini پزشکان مطالعه ما نیز در ۶۶٪ حالت روحی و روانی مادر را در شیردهی موثر دانسته و درست تشخیص دادند. ساپورت روحی و روانی مادر و افزایش اعتماد به نفس در شیردهی موفق بسیار موثر است (۱). بر خلاف مطالعه Al Zwaini که ۳۸٪ انداره پستان مادر را در شیردهی تاثیر گذار دانسته اند اما در مطالعه ما خوشبختانه ۲۶٪ آنرا موثر دانسته اند. این مهم است که بدانید اندازه پستان در شیردهی تاثیر گذار نیست. تصور می شود که پستانک یکی از دلایل قطع شیردهی زودرس مادر است (۱۴-۱۲) در مطالعه ما ۸۲٪ به مضر بودن آن اطلاع داشته در حالی که در مطالعه Al Zwaini ۸۶٪ مطلع بوده اند (۶) طبق دستورالعمل WHO اجتناب از پستانک یکی از عوامل مهم در شیردهی موفق مادر است (۱). در مطالعه ما خوشبختانه ۹۰٪ اطلاع از عدم تاثیر شیردهی بر سلامتی مادر داشته اند. در حالی که در مطالعات دیگر بین ۷۸٪ و ۸۴٪ بوده است (۶). این نگرانی ها شامل ریزش مو، تغییر شکل پستان، اتفاق وقت و کاهش تغذیه می باشد که بجز ریزش مو که به علت تغییرات هورمون در زمان زایمان روی می دهد پایه علمی ندارد. در این مطالعه ۹۵ درصد از پزشکان پاسخ درست در مورد زمان شروع شیردهی داشته اند (بالافصله بعد از تولد) که در مطالعه AI Zwaini ۹۲٪ بوده است (۶).

به هر حال در اولین فرصت ممکن باید شیردهی آغاز شود که ترجیحاً در همان ساعت اول باشد بهتر است (۱۵). در مطالعه ما مشابه مطالعه Al Zwaini حدود دو سوم موارد (۷۲٪) به فواصل شیردهی مناسب پاسخ صحیح دادند. باید توجه داشت که فواصل شیردهی on-demand است و بر اساس نیاز شیرخوار می باشد و فواصل زمانی مشخصی ندارد (۱۶-۱۹). تغذیه on demand شیردهی موفق بسیار مفید است (۲۰). یکی از اصول سیاست WHO در شیردهی موفق تغذیه شیرخوار بر اساس on demand است (۱). امکان Relactation در مطالعه ما ۷۲٪ پاسخ درست داشته است اما در مطالعات دیگر

تفاوت معنی داری در پاسخ به سوالات بین پزشکان مونث و مذکر وجود نداشت (جدول ۳) و نوع فعالیت (مراکز دولتی و یا خصوصی) در نتایج پاسخ به سوالات تفاوت معنی داری نداشته است اما پزشکان شاغل شهری نسبت به آنهاییکه در مراکز روستاوی اشتغال داشتند از سطح آگاهی بالاتری برخوردار بودند. سطح علمی افراد بر اساس پاسخ صحیح به ۳۰ سوال مطرح شده در ۴٪ موارد کمتر از ۵۰٪ در ۴۶٪ (۳۸ نفر) بین ۵۰-۷۰٪ و در ۵۰٪ (۱۴۹ نفر) بیشتر از ۷۰٪ بوده است. سابقه کاری افراد در میزان آگاهی آنها تاثیر معنی داری نداشت (جدول ۴).

جدول ۳: میزان آگاهی پزشکان عمومی بر اساس جنس - نوع فعالیت و محل طبابت

	Pvalue	Mean±SD	تعداد	جنس
	.۰/۱۳۲	۲۱/۳۸±۳/۰۷	۱۴۰	زن
		۲۰/۸۶±۲/۸۶	۱۶۰	مرد
			نوع فعالیت	
	.۰/۷۴۳	۲۱/۰۵±۳/۱۸	۱۵۲	دولتی
		۲۱/۱۶±۲/۷۳	۱۴۵	خصوصی
			محل طبابت	
	.۰/۰۰۱	۲۱/۷۴±۲/۶۰	۲۰۵	شهری
		۱۹/۵۳±۳/۲۰	۸۹	روستاوی

جدول ۴: میزان پاسخ صحیح به سوالات بر اساس سابقه کار

	Pvalue	پاسخ صحیح	کمتر از ۱۵ سال	بیشتر از ۱۶ سال	کمتر از ۱۶ سال	بے سوال
	.۰/۶۸۸	۵	۷	۱	۰٪	۵۰٪
	.۰/۶۷۸	۵۸	۶۷	۱۳	۰٪	۵۰-۷۰٪
	.۰/۶۸۷	۵۵	۷۳	۲۱	۰٪	۷۰٪
	.۰/۳۱۴	۱۱۷	۱۴۷	۳۶	۰٪	کل

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که متوسط آگاهی پزشکان عمومی در حد ۲۱ یا ۲۰ درصد (طیف ۰-۳۰) بود که در دو جنس مرد و زن و همچنین در سیستم خصوصی و دولتی تفاوت معنی داری نداشته است. اما پزشکان شاغل در شهره وضعیت بهتری به پزشکان روستاوی داشتند. احتمالاً دلایل آن این است که این پزشکان از ابتدا بطور تصادفی وضعیت آگاهی بالاتری داشته اند و یا به لحاظ دسترسی بیشتر با پزشکان سطوح بالاتر دیگر همانند متخصصین کودکان و یا شرکت بیشتر در همایش ها آگاهی آنها بالاتر رفته است. سوابقات خدمت در این افراد نیز تاثیر معنی داری در آگاهی آنها نداشته است و این نشان از آن دارد که آموخته های اولیه در شکل گیری دانش پزشکان اهمیت بسیار دارد و بنابراین

یخچال تا ۴۸ ساعت اطلاع پزشکان عمومی بخصوص در مورد اول بسیار کم بوده است (۵۶٪). در مورد بهداشت قبل از شیردهی که نیاز به سنتشوی دست با صابون و آب کافی است فقط ۳۳٪ به آن پاسخ درست دادند و غالباً به غلط فقط سنتشوی با آب را پاسخ صحیح دانستند. پزشکان عمومی نقش مهمی در شروع و ادامه شیردهی موفق مادران دارند و این بستگی به دانش مناسب آنها در زمینه های مختلف شیردهی مادر دارد. انجمن ترویج تغذیه با شیر (NGO) در ایران در سال ۱۳۷۵ تاسیس و جهت تشویق شیردهی مادران پروتکلی را تدوین کرده اند (۱۰) WHO نیز با تدوین ۱۰ اقدام در جهت تشویق شیردهی مادر، بیمارستانهای دولتی کودک را بنا نهاده است (۲۲).

بر اساس مطالعه ما آگاهی پزشکان عمومی در اکثر موارد در سطح بالایی قرار دارد اما در بعضی موارد هنوز اطلاعات اندک و کم می باشد و نیازمند برگزاری همایش و کنفرانس جهت بالا بردن سطح آگاهی آنها می باشد و پیشنهاد می شود تدریس فواید و روش شیردهی مادران برای دانشجویان پزشکی و حتی سایر گروه های پزشکی با اهمیت بیشتری صورت گیرد.

## تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و از کلیه پزشکان عمومی شرکت کننده در این طرح تقدیر و تشکر می گردد.

نتایج متفاوت بوده است ۸۲٪ در مطالعه Al Zwaini و ۳۰٪ در عربستان سعودی (۲۱). به هر حال شیردادن مجدد نیاز پذیر است و قدم هایی در جهت حمایت مادر جهت شیردهی مجدد نیاز دارد (۲۰). هر خانمی قدرت شیردهی مجدد دارد و به فاکتورهایی مثل تعداد زایمان، وضعیت تغذیه gap شیردهی و سابقه قبل شیردهی در بچه های قبلی ندارد (۲).

ترک پستان نیاز به اقام خاصی ندارد و ادامه شیردهی توصیه می شود، در مطالعه ما فقط ۲۳٪ از آن آگاهی داشته اند. شروع تغذیه تکمیلی اگرچه بر اساس WHO در ۴-۶ ماهگی می باشد (۱) و بر اساس آن در مطالعه فوق ۹۲٪ پاسخ صحیح به آن دادند (۶). اما بر اساس پروتکل کمیته تغذیه با شیر مادر در ایران که بعد از ۶ ماهگی آنرا توصیه کرده است (۷۸٪) نفر به آن پاسخ درست دادند. شیر مادر حاوی فاکتورهای ایمنی سلولی و هومورال می باشد و برای شیرخوار بسیار مهم است که در مطالعه ۷۰٪ به آن پاسخ درست دادند. زردی نوزاد در غالب موارد نیاز به قطع شیرمادر ندارد و در بعضی از موارد حتی شیردهی بیشتر در کاهش زردی نوزاد بسیار موثر است. استثناء آن در مواردی است که زردی دیررس و نوزاد نزدیک به حد تعویض خون باشد که فقط ۳۲ درصد از پزشکان عمومی به آن پاسخ دادند. در زردی زودرس نوزاد که شیردهی باید بیشتر شود، ۶۴٪ به آن پاسخ صحیح دادند که انتظار آن می رفت که درصد بالاتر از آن باشد.

خوشبختانه ۹۵٪ پزشکان آگاهی از آن داشتند که شیر مادر کفایت رشد کودک را دارد. در مورد نگهداری شیرمادر در محیط بیرون تا ۸ ساعت و در

## Knowledge of General Practitioners (GP) about Characteristics of Breastfeeding

M. Nakhshab (MD)<sup>1</sup>, J. Ghaffari (MD)<sup>1\*</sup>, M.M. Nasehi (MD)<sup>1</sup>, J. Yazdani-Charati (PhD)<sup>2</sup>,  
A. Shakeri (MD)<sup>3</sup>, Z. Nazari (MD)<sup>4</sup>

1. Department of Pediatrics, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. Department of Epidemiology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. Department of Obstetrics, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

---

J Babol Univ Med Sci; 16(7); Jul 2014; pp: 71-76

Received: Dec 9<sup>th</sup> 2013, Revised: Jan 5<sup>th</sup> 2014, Accepted: Mar 6<sup>th</sup> 2014.

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Breastfeeding is the best food for growth and development of newborns and infants. General physicians have an essential role in promoting breastfeeding. The purpose of this study was to assess the knowledge and attitude of general practitioner about breastfeeding.

**METHODS:** This cross sectional study was about the knowledge and attitude of general practitioner in Sari, northern Iran in 2012. A questionnaire including 30 different questions related to breastfeeding, time of starting the feeding and duration of breastfeeding and maintenance of feeding was completed by general practitioners.

**FINDINGS:** Three hundred general practitioners completed the questionnaires. One hundred and forty (46%) were female, 188(63%) were employed in urban area. There was no significant difference between private or governmental section as a view point of the results of answer to the questions. Urban physicians had more knowledge than the rural physicians. Overall knowledge of the participants was more than 50% in most of cases (96%) and in more than half of the cases was higher than 70%. Work experience of individuals had no effect on level of their knowledge.

**CONCLUSION:** The level of knowledge of the physicians was at optimal level in most of cases, but there are inadequate acknowledge in some items of breastfeeding among them.

**KEY WORDS:** General practitioner, Knowledge, Breastfeeding.

---

### Please cite this article as follows:

Nakhshab N, Ghaffari J, Nasehi MM, Yazdani-Charati J, Shakeri A, Nazari Z. Knowledge of general practitioners (GP) about characteristics of breastfeeding. J Babol Univ Med Sci 2014;16(7): 71-76.

---

\* Corresponding Author; J. Ghaffari (MD)

Address: Buali Hospital, Pasdarjan Blvd, Sari, Mazandaran, Iran

Tel: + 98 151 2234506

E-mail: javadneg@yahoo.com

## References

- 1.WHO. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization1989.
2. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva, World Health Organization, 2001 (Note for the press No.7). Available at: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>. Accessed August 16, 2007.
- 3.American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
- 4.AAFP. Policy Statement on Breastfeeding 2001. American Academy of Family Physicians 2008. Available at: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html>. Accessed March 27, 2008.
- 5.Guerra de Macedo C. Infant mortality in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1988;22(3):303-12 .
- 6.Al-Zwaini EJ, Al-Haili SJ, Al-Alousi TM. Knowledge of Iraqi primary health care physicians about breastfeeding. *East Mediterr Health J* 2008;14(2):381-8.
- 7.Sanchez L, Calvo M, Brock J. Biological role of lactoferrin. *Arch Dis Child* 1992;67(5):657-61.
- 8.WHO. Survey about breast feeding and complementary feed in Iraq. Baghdad, Ministry of Health in cooperation with World Health Organization 1997:9. [ in Arabic]
- 9.Leavitt G, Martínez S, Ortiz N, García L. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *J Community Health* 2009;34(1):1-5.
- 10.IRI breastfeeding promotion society with UNICEF, breastfeeding promotion educational collection. UNICEF-Tehran 2009. [ in Persian]
- 11.WHO. Guidelines for training community health workers in nutrition. 2nd ed. Geneva, World Health Organization 1986.
- 12.Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast feeding duration. *Pediatrics* 1995;95(4):497-9.
- 13.Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuse behavior: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2001;286(3):322-6.
- 14.Victora CG, Tomasi E, Olinto MT, Barros FC. Use of pacifiers and breast feeding duration. *Lancet* 1993; 341(8842):404-6.
- 15.Royal College of Midwives. Successful breastfeeding. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 1991; p: 77.
- 16.Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFB. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiological review. *J Pediatr* 1991;118(5):659-66.
- 17.King FS. Helping mothers to breastfeed. Nairobi, African Medical and Research Foundation 1992; p:180. Available at: <http://www.popline.org/node/337643#sthash.R4ruIZsv.dpuf>.
- 18.Helsing E, King FS. Breast feeding in practice. A manual for health workers. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications 1984; pp: 171-81.
- 19.Cameron M, Hofvander Y. Manual on feeding infants and young children. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 1983. Available at: [www.who.int/nutrition/publications/en/selective\\_feeding\\_emergencies.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/selective_feeding_emergencies.pdf).
- 20.Temboury Molina MC, Polanco Allué I, Otero Puime A, Tomás Ros M, Ruiz Alvarez F, Marcos Navarrete MA. Importance of maternity routines in the success of maternal breast-feeding. *An Esp Pediatr* 1992;36(5):367-70.
- 21.Bella H. Are health workers adequately trained to manage and promote breast feeding? *Saudi Med J* 1998;19(4):441-5.
- 22.World Health Organization Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, WHO 1998:62-7.